

診療記録等開示申請書

田園調布中央病院 院長殿

(ID番号:)

フリガナ	(セイ)	(メイ)
患者氏名	(姓)	(名)
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日生	
住所		
電話番号	()-()-()	

開示を希望する記録

<input type="checkbox"/> 外来診療記録	希望科 <input type="checkbox"/> 全部 / <input type="checkbox"/> ()
期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 入院診療記録	希望科 <input type="checkbox"/> 全部 / <input type="checkbox"/> ()
期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> X線写真・CT・MRI画像	希望科 <input type="checkbox"/> 全部 / <input type="checkbox"/> ()
期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他()	希望科 <input type="checkbox"/> 全部 / <input type="checkbox"/> ()
期間 : 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日	

※医師記録のみ、看護記録のみ等の診療記録の一部開示につきましては、診療記録内容への誤解をまねく可能性を鑑みて、お断りしております。ご了承くださいますようお願い申し上げます。

私は、上記の通り診療記録等の開示を希望します。

西暦 年 月 日

申請者

- 本人
 本人以外(委任状添付)

氏名 _____

患者との関係 _____

住所 _____

電話番号 ()-()-() _____

※病院記入欄

受付担当者	確認書類
/	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()

2025年10月1日 制定